

紹介状(診療情報提供書)

患者支援・地域連携センター

FAX (0858)22-8210

年 月 日

鳥取県立厚生病院 科 _____	紹介元医療機関名 _____
医師 _____	所在地 _____
	電話番号 _____
	FAX _____
科 _____	先生 _____
フリガナ 患者氏名 _____	性別 男 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 女 <input type="checkbox"/> 年 月 日 (歳) _____
〒 —	電話番号 () —
住所 _____	

主訴または 傷病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()
既往歴及び 家族歴	薬物アレルギー(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
現症歴及び現症 検査所見 治療経過等	
現在の処方	